

## CONSIDERACIONES SOBRE LA LARINGECTOMÍA TOTAL

F. ANTOLÍ-CANDELA CEBRIÁN

En 1829, ALBERS y CZERNY abordaron el problema quirúrgico de la laringectomía, actualmente resuelto, con sus primeros ensayos de esta intervención sobre perros.

En 1873, BILLROTH ejecuta la laringectomía en el hombre por primera vez; etapa dura y estéril, en la que tras la extirpación del órgano se deja una cruenta superficie sin reconstrucción esofágica, quedando la tráquea a merced de los exudados y líquidos que provienen de la bucofaringe.

En una segunda etapa, BARDENHAUER, de Colonia y nuestro CISNEROS consiguen la separación de las vías aéreas y digestivas, reconstruyendo el esófago y suturando éste a la membrana infrahioidea. GLUCK, verdadero creador de la técnica moderna, con sus procedimientos de autoplastia y PERIER con su método de abocamiento de la piel a tráquea, conducen la laringectomía a su tercera etapa, en la que LE BEC establece una separación sólida entre tráquea y laringe, ejecutando la operación en dos tiempos: Primero secciona la tráquea transversalmente y la aboca a la piel; en el segundo tiempo, extirpa la laringe de abajo arriba. Durante este período surgen las primeras aportaciones del doctor GARCÍA TAPIA y las comunicaciones de BOTÉY, BARAJAS, BOTELLA, PORTELA y ANTOLÍ-CANDELA, en nuestro país.

Este procedimiento, considerado entonces como ideal, permite la reducción del tiempo operatorio y del *shock* traumático, llegándose con la renuncia de la traqueotomía preliminar sistemática a una cuarta etapa, laringectomía en un solo tiempo, bajo la influencia creadora de la escuela alemana representada por GLUCK y SOERENSEN (extirpación de arriba abajo) y la francesa de PERIER (extirpación de abajo arriba).

El profesor GARCÍA TAPIA, paladín de nuestra otorrinolaringología logra modificaciones abundantes y decisivas que justifican sobradamente el que su nombre figure junto al de GLUCK, como coautor del procedimiento, actualmente aceptado incluso por cirujanos franceses partidarios de PERIER.

Fruto genuino y prolífico de esta etapa son las aportaciones y estadísticas dadas por MAC KENTY, MOURE, ROBERT WOODS, CRILE, HOFER y KARL KOFLER, HOSHINO y otros; y la de los españoles HINOJAR, FUMAGALLO, CASADESUS, ANTOLÍ-CANDELA y otros, las cuales culminan en la presentada por TAPIA, con 190 laringectomizados y únicamente 12 muertes operatorias.

Sin duda alguna la localización laríngea del cáncer es una de las más benévolas que existen en nuestra economía y en donde concurren circunstancias más favorables para su curación definitiva.

Existe siempre en ella la posibilidad de un diagnóstico precoz, ya que la ronquera no es más que una prematura protesta laríngea. El caparazón cartilaginoso que la rodea actúa de coraza protectora que se opone a la propagación del cáncer por conti-

nuidad o por extensión a través de las fibras musculares vecinas como en el cáncer de lengua, pongamos por caso.

La pobreza de su riego linfático y la naturaleza histológica del neoplasma, ya que casi siempre se trata de epitelomas pavimentosos a globos epidérmicos, variedad la más benigna y sus metástasis tardías en los ganglios cervicales, son causas todas ellas que abogan en beneficio del tratamiento quirúrgico del cáncer de laringe.

A pesar de las condiciones señaladas, los resultados prácticos no concuerdan con las teorías. No podemos separar el término cirugía del cáncer del de recidiva y si las estadísticas de éxitos operatorios mejoran constantemente gracias a la perfección de técnica lograda, los resultados lejanos son menos convincentes.

Salvadas las complicaciones postoperatorias mediastínicas y bronconeumónicas por propagación, paso de sangre a los pulmones o porque el enfermo no acepta el cambio respiratorio radical y que indiscutiblemente influye en su economía, la sombra que obscurece el pronóstico lejano y que preocupa a todos los laringólogos, es la recidiva.

Recidiva que si es más frecuente en sujetos jóvenes, no excluye a los viejos y que se presenta variada y amorfa, tanto en tiempo como en localizaciones nada peculiares y caprichosas.

Sin embargo, curaciones radicales evidentes y en proporciones aceptables (acojamos las estadísticas de GLUCK y TAPIA que dan de un 50 a 55 por 100) y la seguridad que es el único procedimiento que llevará a puerto de salvación al canceroso laríngeo, me obligan a declararme partidario resuelto de la práctica de la laringectomía total como procedimiento de elección; usando la radioterapia para las neoplasias inoperables y como coadyuvante al procedimiento quirúrgico y paliativo en las recidivas.

Los ensayos hechos tratando los tumores inoperables por radioterapia y a seguido extirpar quirúrgicamente el nódulo al que han quedado reducidos, han fracasado.

Únicamente se ha adquirido la seguridad que tras la radioterapia los tejidos sufren induraciones inflamatorias y adquieren una friabilidad densa apta para producir degeneraciones necróticas, pero no para aceptar una cirugía que luego les exigirá reparaciones anatómicas que no pueden proporcionar por haber perdido su vitalidad.

¿Cuándo se debe practicar la laringectomía?

Dos condiciones son indispensables: Comprobación histológica del diagnóstico clínico y que la neoplasia sea intralaringea; es decir, que no sobrepase su caparazón cartilaginoso dejándonos suficiente tejido sano que nos permita lograr una buena reconstrucción anatómica.

Dentro de estas cualidades esenciales, varían mucho las indicaciones que se dan para proceder a la laringectomía.

LE BEC y REAL, con algunos cirujanos norteamericanos, proponían la extirpación total de la laringe en todos los casos. MCKENTY la practica actualmente en casos poco avanzados, incluso cuando se trata de cáncer unilateral sobre cuerda móvil. Esto no es aceptable.

GLUCK y SOERENSEN, cuando la cuerda vocal está inmóvil y cuando el neoplasma pasa de la línea media o se extiende sobre un aritenoides, recomiendan la total.

GARCÍA TAPIA, que en 1908 practicaba la laringectomía únicamente en los casos bilaterales, ha evolucionado según GLUCK, recomendando que siempre en los casos dudosos, elijamos el procedimiento radical.

En términos generales podemos dar las siguientes indicaciones para proceder a la laringectomía: Cuando exista una propagación, aunque sea mínima a la cara anterior del aritenoides.

Cuando exista propagación epiglótica.

Cuando la neoplasia, aunque unilateral, se extiende por encima y debajo de la cuerda vocal.

Y cuando el cáncer es bilateral.

Sin embargo, estas reglas no se pueden seguir estrictamente. Yo he visto operar al doctor TAPIA neoplasias desahuciadas por otros laringólogos y recuerdo uno de los casos historiados por mi padre en que el tumor invadía los dos primeros anillos traqueales sobreviviendo el enfermo tras la intervención durante varios años.

Contemos también con las desagradables sorpresas que encontramos durante las laringectomías al observar propagaciones cuya extensión no pudimos apreciar en el diagnóstico clínico; como me sucedió en el primero de mis operados.

Y quiero hacer constar que no por estas grandes invasiones las neoplasias son más aptas para reproducirse.

Desgraciadamente, nadie hasta el momento nos ha podido explicar los factores que influyen y desencadenan las recidivas, las cuales no respetan factores etiológicos, fisiológicos ni anatómicos.

El momento de la decisión operatoria en mi opinión está influido por causas de orden innato en el cirujano, de las que se desprenden el ímpetu quirúrgico y la apreciación del grado de operabilidad en cada caso.

Sinceramente creo que, aunque basándose siempre en las reglas clásicas para aconsejar la laringectomía, debemos poseer un espíritu ampliamente quirúrgico, decidiéndonos en casos dudosos por una intervención, que es la única que podrá desviar el curso fatal del canceroso laríngeo.

A. C. M. de 58 años de edad, sin antecedentes familiares de ninguna clase. Gran fumador y bebedor, padece una ronquera desde hace dos años con periodos de agudización.

Hace unos días nota dolor a la deglución por lo que decide consultarnos.

*Reconocimiento.* — Tipo músculorespiratorio, diagnosticando un epiteloma que invade comisura anterior, banda izquierda laríngea con su cuerda y tercio inferior de la cara dorsal de la epiglottis. Adenitis submaxilar izquierda.

Confirmación histológica por el doctor BARTUAL (Epiteloma espinocelular).

Francamente operable se le propone la laringectomía que se practica el 15 de enero de 1941.

Se consiguen los tiempos de la técnica Gluck-Tapia concretamente y tras unos días de buen estado general y local cambia el curso postoperatorio falleciendo el enfermo por una mediastinitis aguda al séptimo día.

C. B. C. de 56 años de edad sin antecedentes familiares ni personales interesantes. Gran fumador.

Padece una ronquera a la que no le da importancia desde hace cinco años; quince días antes de acudir a nuestro consul-

torio se agudiza su ronquera notando molestias al tragar y respirar que aumentan de día en día.

*Reconocimiento.* — Constitucionalmente podemos incluirlo en el tipo carcinomatoso de Beneke con corazón sistema arterial e hígado bien desarrollado, sistema muscular y óseo fuerte; temperamento flemático y una causa local que en este caso sería su laringitis.

Disfagia y disnea intensa, localmente con el laringoscopio encontramos una infiltración tumoral en glotis y epiglottis estenosante que amenaza el cierre completo y la asfixia. Su estado general debido a su padecimiento y mala alimentación era deplorables; diagnosticamos epiteloma laríngeo franco confirmado mediante biopsia por el doctor SANCHIS BAYARRI. (Epiteloma espinocelular.)

Convencidos que el enfermo no resiste a la intervención debido a su pobreza en defensas practicamos obligados por la disnea que cada vez se hace más intensa una traqueotomía de urgencia el día 11 de marzo de 1941.

Buen periodo postoperatorio con mejoría rápida y aumento de varios kilos de peso.

Se le administran proteínas y el 3 de abril le practico la laringectomía siguiendo la técnica Gluck-Tapia. Encontramos la epiglottis friable y completamente invadida con gran infiltración edematosa en los repliegues aritenoepiglóticos y glosopiglóticos que amenazaban no dejar pasta sana suficiente para la sutura de esófago.

Clínicamente era un caso inoperable, pero haciendo una escrupulosa disección logré hacer una buena reconstrucción esofágica. El último tiempo de liberación traqueal fué penoso y hemorrágico debido al tejido de cicatriz por la traqueotomía preliminar.

Periodo postoperatorio normal, hasta que al décimo día se establece una fistula esofágica saliendo por los desagües abundante exudado y saliva.

Le curo dos veces diarias comprimiendo fuertemente los apósitos con el vendaje y dieciséis días después queda cerrada la fistula y cicatrizadas sus heridas.

B. F. G. de 38 años de edad, sin antecedentes personales y familiares interesantes.

Ronquera desde hace dos años con motivo, según él, de un resfriado que cogió en la cárcel durante el periodo rojo. Disfagia desde hace seis meses.

*Reconocimiento.* — Tipo músculorespiratorio con buen estado general. Sin antecedentes de ninguna clase. No es gran fumador. Ronquera hace cuatro meses, sin disfagia. Clínicamente le diagnostico un epiteloma laríngeo que invade bandas derecha y cara posterior de epiglottis.

Comprobación histológica por el doctor BARTUAL. (Epiteloma espinocelular.)

Aconsejo la laringectomía que practico el 8 del mes de junio de 1941, consiguiendo clásicamente todos los tiempos de la intervención teniendo un periodo postoperatorio muy bueno en el que sin duda influyó el carácter verdaderamente admirable del enfermo.

Este paciente en verdadera juventud para el cáncer pienso aconsejarle radioterapia preventiva para evitar la recidiva.

I. F. M. de 60 años de edad, sin ningún antecedente familiar, padece desde hace ocho años de diabetes. Muy fumador.

Hace dos meses se le practicó una traqueotomía de urgencia, en otro consultorio, por presentar síntomas de asfixia debida a una neoplasia epitelial laríngea.

*Reconocimiento.* — Tipo clásico carcinomatoso de Beneke. Traqueotomía superior bien tolerada y cicatrizada. Localmente se le aprecia una gran invasión de ambas bandas, cuerdas y aritenoides que estenosan su glotis de tal modo que obliterando el orificio traqueotómico con una compresa, el aire pasa difícilmente por su laringe.

Se le propone la intervención previo informe y tratamiento de su diabetes. Tratado por el doctor LLABRES, transcribo el resultado por creerlo interesante: "Edad, 60 años. Peso actual, 68,50 kgrs. Talla 1,55 m. Peso teórico, 62 K.

Ningún antecedente familiar referente a diabetes. Se le murió un hijo de calenturas. Su señora no ha tenido abortos.

Su diabetes es conocida de hace ocho años, con motivo de debilitarse la vista. Su glucosuria, abundante al principio, mejoró con el régimen clásico de restricción hidrocarbonada, y al sentirse bien, ya no se preocupó de su dolencia, haciendo la vida ordinaria y régimen libre.

16 octubre 1941. — Orina con indicios de glucosa, sin acetona ni albúmina.

Curva de glucemia con ingestión en ayunas de 50 gramos de glucosa y 250 c. c. de agua:

Ayunas . . . . .	2.40	gramos por mil de glucosa
A la media hora . . . . .	3.60	» » » » »
A la hora . . . . .	3.20	» » » » »
A las dos horas . . . . .	2.80	» » » » »
Urea en sangre. . . . .	0.31	gr. por mil

Tensión arterial: 9.5 cm. máxima y 7.5 cm. mínima. Ningún trastorno visceral apreciable. Reflejos normales, incluso los pupilares. Radioscopia torácica, todo normal.

Aunque es evidente, por la curva de glucemia el estado diabético se acude preferentemente a la hipotonía vascular, aconsejándole un régimen de gran valor energético con más de 300 gramos de hidratos de carbono y administración de insulina: 20 u. de retardada con 6 u. de la ordinaria en una inyección antes de la comida del mediodía. Tres dosis diarias de *coravinco*.

Exámenes de 22 y 27 de octubre. — Orina normal. Glucemia postabsortiva, 2.80.

Desde el 15 de noviembre se le prepara para la laringectomía dándole una dieta de 200 gramos de hidratos, 90 de proteínas y 115 de grasa, con 15-15-10 unidades diarias de insulina ordinaria.

Con este régimen se mantiene la orina normal; glucemia, 2.00 por mil y tensión, 11.5/7.

Curso postoperatorio. — Alimentación por la sonda a base de leche (un litro diario) y zumo de frutas. Insulina cada cuatro horas, variando la dosis según la intensidad de la glucosuria apreciada con el Benedict cualitativo. Débil eliminación de cuerpos acetónicos en los seis primeros días, mientras tuvo alguna reacción febril.

Desaparecida ésta, mejora considerablemente la tolerancia hidrocarbonada, pudiendo alimentarse bien con tres dosis pequeñas diarias de insulina. Llega por fin a régimen libre sin insulina y con la orina normal.

Última observación. — 16 de enero del 42: Glucosa en la orina, 3.20 por mil, sin acetona ni albúmina y sin insulina; régimen libre. Peso, 72 kgrs. y excelente estado general.

Como el paciente posee su necesaria comprobación histológica, no repetimos la biopsia. Le practico la intervención durante el mes de diciembre del 41. Técnica Gluck-Tapia, comprendiendo en la incisión cutánea la ostomía traqueal, por lo que se facilita la liberación del cricoides, aprovechando el ori-

ficio traqueotómico como definitivo mediante resección del primer anillo de la tráquea.

Curso postoperatorio normal dándosele el alta definitiva a los veinte días de la intervención.

## RESUMEN

El cáncer de laringe puede curarse y se cura con la laringectomía total. Este hecho real justifica el procedimiento, los fracasos y los sinsabores.

La técnica GLUCK-TAPIA reúne las máximas condiciones quirúrgicas.

La mortalidad operatoria es mínima, siendo una intervención reglada que debe practicar todo especialista.

La radioterapia, según mi experiencia personal, da resultados momentáneos, con gran porcentaje de recidivas.

Actualmente en Alemania se practica un tratamiento roentgenterápico con tubo intralaringeo, especialmente en tumores muy localizados.

Esperamos conocer procedimiento y resultados minuciosamente para modificar o ratificar nuestro juicio.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANTOLÍ CANDELA, F. — Policlínico, 8, 6, 89.  
ANTOLÍ CANDELA, F. — Policlínico, 9, 7, 103.  
BARAJAS y DE VELCHES. — Méd. Ibérica, 5, 100, 1929.  
BERARD y SARGNON. — Soc. de Cirugía de Lión, 21 de enero de 1911.  
BERARD y SARGNON. — Congreso Francés de Cirugía. Sesión 26. París, 1913.  
BOTELLA. — Segundo Congreso Español de Cirugía. Madrid, 11-16 de mayo de 1908.  
BOTTEY. — Arch. de Rinol., 185, 1913.  
CRILE y DINSMOORE. — S. Clini. N. América, 845, 1924.  
G. TAPIA. — Congreso Español de Cirugía, mayo de 1908.  
G. TAPIA. — Com. a la Acad. Méd. Quirúrgica, 25 enero de 1909. Madrid.  
G. TAPIA. — Com. a la Acad. Médicoquirúrgica, 25 de junio de 1910, Madrid.  
LE BOC. — Anal. enf. del Oído, oct., 324, 1903.

# RESUMEN TERAPÉUTICO DE ACTUALIDAD

## SULFAMIDOTERAPIA DE LA TUBERCULOSIS

T. CERVIA

Director del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife (Canarias)

El resonante éxito logrado a partir de DOGMAK con el empleo de las sulfamidas en el tratamiento de las estreptococias y luego de diferentes infecciones debidas a otros "cocos", justifica cuantos esfuerzos se han realizado y se siguen realizando denodadamente para llevar sus indicaciones y beneficios efectos más allá de este campo de aplicación.

A pesar del corto tiempo transcurrido desde la introducción de estos cuerpos en la Terapéutica, el cuantioso número de trabajos aparecidos, justifica cuantos esfuerzos se han llevado a cabo.

En esta Era de la sulfamidoterapia, no podía quedar la tuberculosis al margen de estos intentos, y desde los primeros preparados hasta los más re-

cientes se han ido sucediendo ensayos y publicaciones con los resultados que iremos exponiendo en el presente artículo.

Los estudios acerca de la sulfamidoterapia de la tuberculosis fueron inaugurados a primeros de 1938 por RICH y FOLLIS<sup>41</sup> en el tratamiento de la tuberculosis experimental del cobaya. Desde entonces numerosos investigadores, en su mayoría americanos, han continuado trabajando en el mismo campo experimental, estudiando la acción de estos fármacos *in vivo* (acción sobre la tuberculosis provocada en animales) e *in vitro* (acción sobre los cultivos de bacilos). Registraremos finalmente las no muy numerosas publicaciones referentes al empleo de las sulfamidas en la clínica humana.

## LAS SULFAMIDAS EN LA TUBERCULOSIS EXPERIMENTAL

SULFANILAMIDA. — Desde que TREFOUEL, NITTI y BOVET<sup>46</sup> demostraron que la actividad terapéutica del primitivo "prontosil" de DOGMAK, no